

JCHO大阪病院 診察予約申込書

FAX:06-6441-0512(地域連携室)

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

① この用紙へ必要事項を記入しFAXしてください ② 10分以内に予約通知書等をFAXで送信します

※ 平日19：30以降、土日祝の着信分は、翌平日の対応となります

※ 当日受診のご希望は、お電話にてご連絡ください（本書の記載・FAXは不要です）

【平日8：30～17：15…地域連携室：06-6441-5463】 【時間外・休日…病院代表 06-6441-5451】

紹介元	医療機関名		医師名										
	住所		電話番号										
			FAX番号										
患者	ふりがな		大正・昭和 平成・令和 西暦										
	氏名	男 女	年 月 日生										
	JCHO大阪病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有り → 診察券番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>										
(旧 大阪厚生年金病院)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明												
	傷病名 主訴又は 病名		● 診療の2～3日前までに診療情報提供書のFAXをお送りください（可能な限りご協力ください）										
受診科（紹介先）	脊椎	消化器内科	消化器外科	産科	皮膚科								
	肩関節	循環器内科	呼吸器外科	小児科	形成外科								
	手・肘	呼吸器内科	乳腺内分泌外科	眼科	神経精神科*								
	股関節	腎臓内科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	放射線治療科*								
	リウマチ・膝関節症	糖尿病内分泌内科	婦人科	歯科口腔外科	* 神経精神科、放射線治療科は、診療情報提供書を添えてお申込みください								
	スポーツ・膝	プライマリ内科	心臓血管外科										
	その他	脳神経内科	脳神経外科										
		専門領域など		医師指名									
			無 ・ 有 → 医師名：										
受診希望日	①	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()										
	②	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 希望無し										

予約通知書が届きましたら、紹介状（診療情報提供書）とあわせて患者様へお渡しください。

JCHO大阪病院 地域連携室

電話：06-6441-5463（直）

FAX：06-6441-0512（直）